

Supuesto Clínico

Plan de cuidados en un paciente con asma laboral (III): Paciente con incapacidad permanente total

Autores

Moreno Pimentel,AG, Meneses Monroy,A,Hernández Martín, M
Universidad Complutense de Madrid
Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Enfermería

Facultad de Medicina, Pabellón II 3ª planta
Avenida Complutense S/N 28040 MADRID

Resumen

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que afecta a millones de personas en todo el mundo y que está demostrado que en muchos casos podría ser evitable y que en otros casos se lleva un mal control. De etiología variable, en nuestro caso, de origen laboral y tratamiento complejo, lo que pretendemos como profesionales de enfermería es que el paciente consiga un afrontamiento adecuado para minimizar las consecuencias de la enfermedad.

Este trabajo es un desarrollo de un plan de cuidados en tres procesos diferentes del asma, en el que tras una valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon, se determinarán los diagnósticos prioritarios para el paciente, con el desarrollo de las intervenciones, actividades, criterios de resultados e indicadores para valoración del paciente al alta.

Abstract

Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways that affects millions of people around the world and it is shown that in many cases may be preventable and that in other cases is poorly controlled. Variable etiology, in our case, occupational and complex treatment, what we

want as nurses is that patients get a proper coping to minimize the consequences of the disease.

This work is a development of a plan of care in three different processes of asthma, in which after a nursing assessment according to Marjory Gordon's functional patterns, identify priority diagnosis for the patient, with the development of interventions, activities, performance criteria and indicators for assessment of patients at discharge.

Introducción

El asma laboral se define como un cuadro de obstrucción bronquial al flujo aéreo parcial o totalmente reversible, ya sea espontáneamente o con tratamiento, asociado a una hiperreactividad bronquial, provocado por la exposición a polvo, vapores, gases o humos presentes en el lugar de trabajo. (1)

El asma laboral es, por tanto, un “asma provocada por exposición ambiental en el lugar de trabajo”.(2)

Se conocen más de 200 sensibilizadores, capaces de provocar asma ocupacional. En ella la inflamación de las vías aéreas y la broncoconstricción pueden estar causadas por una respuesta inmunitaria a estos agentes sensibiliza

dores, por efectos irritantes directos o por otros mecanismos no inmunitarios, aunque se cree que en la mayoría de los casos lo que se produce es una sensibilización del trabajador a estos agentes detectados.

En ocasiones lo que provoca la exposición en el trabajo a estos agentes es un “empeoramiento de la sintomatología de los trabajadores con asma preexistente” (2), es decir, un asma agravada por el trabajo (AAT), la cual es estudiada de manera independiente.

El asma ocupacional puede aparecer con o sin periodo de latencia, el cual hace referencia al tiempo que transcurre entre que el trabajador entra en contacto con la sustancia sensibilizadora y el inicio de los síntomas. Este tiempo es variable y aunque a veces es inferior a dos años, en aproximadamente el 20% de los casos es superior a 10 años.

Entre los trabajadores que están en riesgo de padecer asma laboral se encuentran: aserraderos, acabados de madera y carpinterías, ebanistería y fabricación de muebles. Una muestra de la magnitud que está alcanzando el problema del constante aumento de las enfermedades profesionales (3) es la cifra de aproximadamente 3.000 sustancias existentes en la actualidad que se estima son capaces de producir patología ocupacional (4).

La prevalencia del asma se sitúa entre el 5 y 14% de la población, de la que el porcentaje correspondiente a asma laboral podría ser entre el 2 y el 15%.

La creación del registro EROL (enfermedades respiratorias de origen laboral) está facilitando la realización de estudios y estadísticas acerca de la magnitud del problema de las enfermedades respiratorias ocupacionales por parte del Instituto Nacional de Silicosis (INS).

De estos estudios se deriva que en la mayoría de las Comunidades Autónomas de España el asma laboral representó la patología respiratoria ocupacional más frecuente.

La valoración del paciente, se realizará mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Elegimos los patrones funcionales en la valoración de los pacientes, ya que al poder adaptarse y utilizarse con cualquier modelo de enfermería nos permite garantizar y facilitar la continuidad de los cuidados, con independencia del enfermero o servicio que trate al paciente.

La taxonomía utilizada será la NANDA, NOC y NIC (4-7)

Plan de cuidados en un paciente con asma laboral

Presentación del caso

Javier, de 50 años, desarrolla su actividad laboral como carpintero desde los 18 años en una importante empresa

multinacional del sector de la madera). Debuta con asma ocupacional, asociado a la exposición a polvo de maderas tropicales hace nueve años (uno tras su divorcio). Presenta un agravamiento del asma que precisa un cambio de puesto de trabajo y la solicitud de una Incapacidad Permanente Total (IPT) para su puesto de trabajo habitual.

Valoración por patrones funcionales:

Patrón 1.- Manejo – Percepción de la salud

Describe el patrón percibido por el cliente de salud y bienestar y cómo manejar la salud. Incluye la percepción del estado de salud del individuo y su relevancia para las actividades actuales y planes de futuro. Se incluye la prevención de riesgos para la salud por parte del individuo y su comportamiento general de salud, así como la adherencia a actividades de promoción de salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados.

El paciente no es fumador. Refiere tomarse “un cubata” después del trabajo para “liberar tensiones”.

Actualmente está en tratamiento con un glucocorticoide inhalado a dosis altas más un agonista beta-2 adrenérgico de acción larga. También tiene pautado a demanda un agonista beta-2 adrenérgico de acción corta.

HTA sin tratamiento.

Sólo ha sido operado una vez de apendicitis cuando tenía 14 años.

Patrón 2.- Nutricional Metabólico

Describe el consumo de alimentos y líquidos relacionado con las necesidades metabólicas y los indicadores de aportes de nutrientes; se valora el estado de la piel, si hay alguna lesión, el pelo, uñas, membranas mucosas y dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

Paciente con mala alimentación por exceso de grasas, refiere que a veces se salta comidas por “dejadez y vaguería” y en otras ocasiones come compulsivamente cuando siente ansiedad.

Peso: 95 Kg. Altura: 1,75 m. IMC: 31,02. Refiere haber aumentado de peso en los últimos tres meses, desde que ha sido cambiado de puesto de trabajo y desarrolla tareas administrativas.

No se observan lesiones en piel ni mucosas.

Patrón 3.- Eliminación

Se describe la función excretora intestinal, vesical y de la piel. Se incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso de rutinas o laxantes

para la eliminación intestinal, y cualquier cambio o alteración en el patrón horario, forma de excreción calidad o cantidad. También se incluye cualquier ayuda empleada para controlar la excreción.

El paciente no presenta alteración en este patrón, tiene un hábito intestinal normal y no padece estreñimiento ni problemas en la eliminación urinaria.

Patrón 4.- Actividad – Ejercicio

En este patrón además de la actividad, el ejercicio, ocio y recreo incluye las actividades de la vida diaria que necesitan gasto de energía. También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio lo que describe el patrón típico del individuo. Se incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado. Se hace hincapié en las actividades de elevada importancia o significación para el individuo.

Refiere no realizar actividad física o ejercicio alguno en la actualidad.

Refiere sensación de ahogo y fatiga con la actividad física leve.

Presenta un patrón espirométrico obstructivo severo.

Patrón 5.- Reposo – Sueño

Describe los patrones de sueño descanso y relax. Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso-relax durante las 24 horas del día. Incluye la percepción del individuo de la calidad y cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También se incluyen las ayudas para dormir como medicación o rutinas para irse a dormir que emplea el individuo.

Refiere no dormir bien, le cuesta conciliar el sueño y se despierta continuamente por las noches. Refiere no dormir más de 2 horas seguidas y no más de un total de 4 ó 5 horas.

Patrón 6.- Cognitivo – Perceptual

Nos describe el patrón sensoriperceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de la visión, audición, gusto, tacto y olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones. Se incluye también las referencias de la percepción de dolor y cómo se trata éste. Además se incluyen las capacidades funcionales, como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.

Refiere que últimamente le cuesta concentrarse, lo que le está llevando a tener problemas en el ámbito laboral que repercuten en su vida familiar.

Patrón 7.- Autopercepción – Autoconcepto

Nos determina las percepciones que uno tiene de sí mismo. Incluye las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de las capacidades, la imagen corporal, identidad, sentido de valía y patrón general emocional. Se incluye la postura corporal y movimiento, contacto ocular, voz y patrón de conversación.

Habla en voz baja y esquiva la mirada al hablar, se muestra nervioso e incómodo.

Refiere sentirse mal consigo mismo, “fracasado”, tanto en su vida personal, por su divorcio y la relación con sus hijos, como por su situación laboral actual.

Refiere que ha sido siempre carpintero y que desde su nuevo puesto no se siente realizado. Refiere no sentirse capacitado para el desarrollo de sus nuevas funciones, al tener que usar herramientas que dice no saber manejar, como la informática, a pesar de estar recibiendo formación por la empresa.

Refiere que su “fracaso” laboral se une al sentimental, cuando se divorció, y está agravando su mala situación con sus hijos, con quienes ha empeorado la relación desde el agravamiento de su enfermedad.

Patrón 8.- Rol – Relaciones

En este patrón se incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en la actual situación de vida, la satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

Desde su divorcio, hace trece años, vive solo, recibía frecuentes visitas de su hija mayor (25 años), con quien mantenía una buena relación, no siendo así con su hijo menor (22 años). Refiere que desde que se ha agravado su enfermedad y se le cambió de puesto de trabajo, ha llevado las tensiones a su vida privada, lo que le ha llevado a discutir asiduamente con su hija y que su relación se haya estropeado.

Patrón 9.- Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el de la reproducción.

Desde hace un año refiere no mantener relaciones estables ni esporádicas.

Patrón 10.- Afrontamiento – Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad de éste en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el es-

trés, sistema de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones

El paciente está angustiado, se siente sólo.

Patrón 11.- Valores – Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, calidad de vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas que estén relacionados con la salud

El paciente se define como creyente. Católico, aunque ya no acude a misa ni reza.

Diagnosticos de enfermería

– DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD 00146

Relacionado con cambio y funciones del rol y manifestado por desesperanza creciente, disminución de la productividad, incertidumbre, inquietud, insomnio y preocupación.

– DIAGNÓSTICO: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL 00120

Relacionado con cambios del rol social y falta de reconocimientos o recompensas y manifestado por verbalizaciones autonegativas, evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos y expresiones de desesperanza e inutilidad.

– DIAGNÓSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO 00001

Relacionado con el aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas y manifestado por un peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal y comer en respuesta a claves internas distintas al hambre.

– DIAGNOSTICO: SEDENTARISMO 00168

Relacionado con carencia de motivación e interés y manifestado por la elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.

– DIAGNÓSTICO: DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO 00095

Relacionado con ansiedad y manifestado por tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño, despertarse antes de lo deseado, quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y de no sentirse bien descansado y despertarse tres o más veces por la noche.

– DIAGNÓSTICO: IMPOTENCIA 00125

Relacionado con un estilo de vida desesperanzado y manifestado por apatía y expresiones verbales de carecer de control sobre la influencia sobre la situación y el resultado.

– DIAGNÓSTICO: DESESPERANZA 00124

Relacionado con estrés de larga duración y declive o deterioro del estado fisiológico y manifestado por falta de iniciativa, claves verbales y disminución de las emociones.

– DIAGNÓSTICO: INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES 00060

Relacionado con situaciones de transición o crisis y manifestado por cambios en la disponibilidad para el apoyo emocional, la satisfacción con la familia y la expresión de conflictos dentro de la familia.

– DIAGNÓSTICO: DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL 00055

Relacionado con enfermedad física y alteraciones de la salud y manifestado por adaptación inadecuada al cambio o transición, falta de confianza, ansiedad e insatisfacción con el rol.

– DIAGNÓSTICO: AFRONTAMIENTO DEFENSIVO 00071

Relacionado con falta de confianza en sí mismo e incertidumbre y manifestado por proyección de culpa o responsabilidad.

Aunque el paciente presenta varios diagnósticos de enfermería, en el momento actual de agravamiento de su situación y la declaración de Incapacidad Permanente Total (IPT) y cambio de puesto de trabajo, nos vamos a centrar en aquellos que son prioritarios en esta situación para el desarrollo de los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) a desarrollar. En conclusión, nos vamos a centrar en los

dos primeros diagnósticos expuestos, por considerarlos los más prioritarios.

Criterios de resultado

– NOC 1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:

130203: Verbaliza sensación de control: siempre demostrado.

130204: Refiere disminución del estrés: siempre demostrado.

130205: Verbaliza aceptación de la situación: siempre demostrado.

130208: Se adapta a los cambios en desarrollo: siempre demostrado.

130217: Refiere disminución de los sentimientos negativos: siempre demostrado.

130218: Refiere aumento del bienestar psicológico: siempre demostrado.

– NOC 1300 ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD

Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicadores:

130001: Tranquilidad: siempre demostrado.

130002: Renuncia al concepto previo de salud: siempre demostrado.

130004: Demostración de autorrespeto positivo: siempre demostrado.

130008: Reconocimiento de la realidad de la situación de salud: siempre demostrado.

130017: Se adapta al cambio en el estado de salud: siempre demostrado.

– NOC 1205 AUTOESTIMA

Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:

120501: Verbalización de la autoaceptación: siempre positivo.

120502: Aceptación de las propias limitaciones: siempre positivo.

120511: Nivel de confianza: siempre positivo.

120519: Sentimientos sobre su propia persona: siempre positivo.

– NOC 1305 ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA

Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.

Indicadores:

130501: Establecimiento de objetivos realistas: siempre demostrado.

130504: Expresiones de utilidad: siempre demostrado.

130505: Expresiones de optimismo sobre el presente: siempre demostrado.

Intervenciones

– NIC 4700. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Actividades:

Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.

Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.

Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.

– NIC 5230. AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

Actividades:

Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.

Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.

Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.

– NIC 5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Actividades:

Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente.

Recompensar o alabar el progreso del paciente.

**– NIC 5380 POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD****Actividades:**

Ayudar al paciente a identificar los factores que aumenten el sentido de seguridad.

Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de solución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenazan al paciente.

– NIC 5270 APOYO EMOCIONAL**Actividades:**

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Bibliografía

1. Ruiz C, Gómez J, Marañón J, Tabar A, Medina F, Labarta Patologías de origen laboral. Fuden. Enfo Ediciones 2010; 4: 69-80
2. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Asma Ocupacional [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. Disponible http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/asma_laboral.pdf
3. Abú Shams J, Boldú J, Tiberio G, Tabar A, Fernández – Infante B, Labarta N. Registro de enfermedades respiratorias de origen laboral en Navarra. Anales Sis San Navarra. 2005; 28, supl 1: 135-147
4. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
5. Martínez- González C. Manual de Neumología Ocupacional. Madrid: Editorial Ergón; 2007.
6. Fistera. Guía clínica. [04/09/2006]. Disponible en Web: <http://www.fistera.com/guias2/asma2.asp>
7. Real Decreto 773/1997, 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
8. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 8ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.
9. GINA 2006. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report. 2006. <http://ginasthma.com>
10. Ribas Cacha AA, Aréjuela Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, Santamaría García JM. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Fuden; 2006.
11. NIPE. Patrones Funcionales de M. Gordon. [03/12/2010]. Disponible en Web: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf
12. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
13. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E, editores. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2007.
14. Moorhead Sue, Johnson M, Maas M, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2005.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
16. Gil Hernández F. Tratado de Medicina del Trabajo. Barcelona. Editorial: Masson; 2005.
16. GEMA 2009. Guía Española para el Manejo del Asma. 2009. <http://www.gemasma.com/>
17. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2009.
18. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2009.

